



Positionen

## „Zwei-Klassen-Medizin“

**Behauptungen und Wahrheit.  
Ein Beitrag zur Versachlichung  
der Diskussion.**

Stand: August 2008



Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln  
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)

# „Zwei-Klassen-Medizin“

## - Behauptungen und Wahrheit -

Ein Beitrag zur Versachlichung der Diskussion

Dr. Frank Schulze Ehring

Christian Weber

## Inhalt

<b>Der Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Die öffentliche Wahrnehmung.....</b>	<b>2</b>
<b>2. „Zwei-Klassen-Medizin“: Was ist das? .....</b>	<b>3</b>
2.1. „Ein-Klassen-Medizin“ – realistisch?.....	3
2.2. „Zwei-Klassen-Medizin“ oder Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung ...	5
2.3. „Zwei-Klassen-Medizin“ als Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zu Lasten Dritter .....	7
2.4. Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zum Vorteil Dritter .....	9
<b>3. Versorgungssituation in Deutschland .....</b>	<b>9</b>
3.1. Rationierungen in der GKV .....	9
3.2. Leistungs-differenzierung oder „Zwei-Klassen-Medizin“ in den Sektoren? .....	11
Ambulante ärztliche Versorgung.....	11
Arzneimittel.....	14
Stationäre Versorgung .....	15
Zahnärztliche Versorgung.....	17
<b>4. Schlussfolgerung und Fazit .....</b>	<b>17</b>

## Der Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“

Der Begriff „Zwei-Klassen-Medizin“ ist vor allem ein **politisches Schlagwort**. Wohl deshalb ist er auch nicht präzise definiert. Für die öffentliche Diskussion ist das aber nicht weiter von Belang, weil ihm von vornherein eine wertende Aussage zugrunde liegt. Es gehört gewissermaßen zum guten Ton, eine „Zwei-Klassen-Medizin“ abzulehnen. Denn

*Es gehört gewissermaßen zum guten Ton, eine „Zwei-Klassen-Medizin“ abzulehnen.*

die „**Begünstigten**“ einer „Zwei-Klassen-Medizin“ gelten als **Verursacher einer Benachteiligung anderer**. Diese Wahrnehmung lässt sich auf Bereiche außerhalb des Gesundheitswesens bildhaft übertragen: Auf dem Immobilienmarkt wären die Begünstigten der „Zwei-

Klassen-Medizin“ diejenigen, die die Seegrundstücke kaufen und dann anderen den Zugang zum See versperren. Dies gilt gerade im Gesundheitswesen als Verstoß gegen alle Vorstellungen von Gerechtigkeit.

In der öffentlichen Diskussion löst deshalb der Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ **Empörung** und beim Beschuldigten eine Verteidigungshaltung aus. Wer so angegriffen wird, ist in der öffentlichen Wahrnehmung strategisch schon im Nachteil. Da hilft es weder die geschilderten Unterschiede der zwei Klassen abzustreiten (= Verteidigung) noch auf die angeblich bunte Welt einer „Viel-Klassen-Gesellschaft“ (= Vorwärtsverteidigung) zu verweisen. In der **Öffentlichkeit** ist der Vorwerfende immer der Gewinner. Man darf unterstellen, dass sich die Herausforderer der öffentlichkeitswirksamen Stärken dieses Arguments durchaus bewusst sind. Es ist deshalb an der Zeit, dem Vorwurf mit einer substantiellen Analyse zu begegnen.

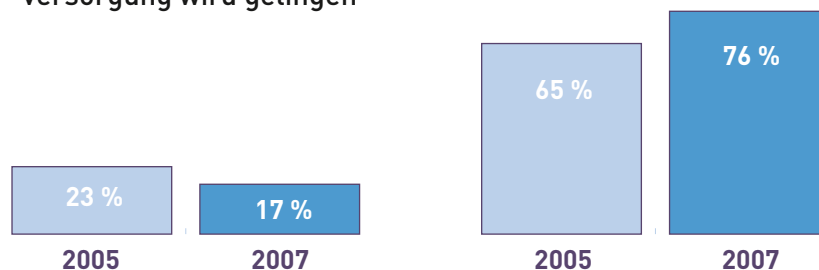
### 1. Die öffentliche Wahrnehmung

Die Wahrnehmung einer „Zwei-Klassen-Medizin“ ist **kein Randphänomen** der deutschen Gesellschaft. Gut drei Viertel von 1.900 befragten Bürgern erwarten nach einer Studie des Instituts für Demoskopie Allensbach vom November 2007, dass es in Deutschland immer mehr zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ kommt. Dies ist offensichtlich eine Folge der Tatsache, dass 76 Prozent der Deutschen befürchten, dass es der Politik längerfristig nicht gelingt, eine gute Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen (Gesundheitsreport 2007 von MLP in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach).

**Frage: „Glauben Sie, dass es der Politik gelingen wird, auch längerfristig eine gute Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen, oder sind Sie da eher skeptisch?“**

**Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wird gelingen**

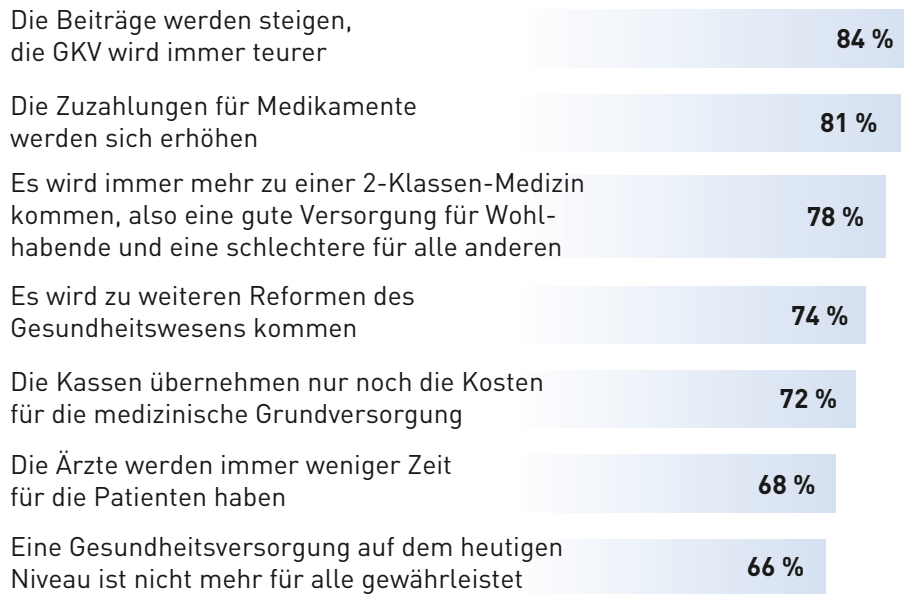
**Bin skeptisch**



Quelle: IFD Allensbach

**Frage: „Was glauben Sie, wie wird es mit unserem Gesundheitssystem weitergehen? Wie stellen Sie sich das Gesundheitssystem in zehn Jahren vor?“**

**Es erwarten innerhalb der nächsten zehn Jahre:**



Quelle: IFD Allensbach

Gegenstand der öffentlichen Diskussion sind daher insbesondere Privatversicherte, die angeblich eine andere oder eine bevorzugte medizinische Behandlung erfahren. Im Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ schwingt damit immanent der Verdacht mit, dass die bereits erlebten oder für die Zukunft erwarteten Verschlechterungen für gesetzlich Versicherte wahrscheinlich durch die Bevorzugung der PKV-Versicherten verursacht werden.

## 2. „Zwei-Klassen-Medizin“: Was ist das?

### 2.1. „Ein-Klassen-Medizin“ – realistisch?

Um differenzierter darauf zu antworten, was eine „Zwei-Klassen-Medizin“ ist, empfiehlt es sich, zunächst einmal die Frage zu stellen, was eigentlich eine „**Ein-Klassen-Medizin**“ ist. Von der kann theoretisch gesprochen werden, wenn jedes Mitglied einer Gesellschaft – unabhängig vom Versicherungs- oder Sozialstatus oder von finanziellen Mitteln – eine im Vorfeld definierte einheitliche Gesundheitsversorgung erhält (Einheitsmedizin). Das alleine reicht aber noch nicht aus. Wenn bestimmte Personenkreise zusätzliche und höherwertige medizinische Leistungen zukaufen, dann entsteht auch hier am Ende wieder eine Differenzierung. Folglich wäre dasselbe medizinische Angebot für alle eine zwar notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine „Ein-Klassen-Medizin“. Das **Verbot des „Zukaufs“** anderer oder zusätzlicher Produkte oder auch des Zukaufs von Bevorzugungen muss als weitere Bedingung gewährleistet sein.

*Um differenzierter darauf zu antworten, was eine „Zwei-Klassen-Medizin“ ist, empfiehlt es sich, zunächst einmal die Frage zu stellen, was eigentlich eine „Ein-Klassen-Medizin“ ist.*

Die Diskussion über die „Zwei-Klassen-Medizin“ – wie sie zumindest von der Öffentlichkeit und in der Politik verstanden wird – kritisiert die Unterschiede in einer Gesundheitsversorgung und hat dabei theoretisch immer das **Idealbild der Einheitsmedizin** vor Augen. Dabei steht im Vordergrund, dass unterschiedliche Gruppen unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsleistungen haben. Es stellt sich eine Leistungsdifferenzierung ein, die insbesondere bei sozialen Unterschieden an Bedeutung gewinnt und insbesondere dann wahrgenommen wird, wenn zum Beispiel einkommensstarke Gruppen einen leichteren Zugang zu Gesundheitsleistungen haben, während alle anderen zunehmend längere Wartezeiten, unter anderem bei der ärztlichen Terminvergabe, hinnehmen müssen. Die Leistungsdifferenzierung kann dann zum Gegenstand einer sozialpolitischen **Verteilungsdiskussion** werden – ungeachtet der Tatsache, dass sich die für eine „Ein-Klassen-Medizin“ erforderliche umfassende Verbotspolitik in keinem freiheitlich organisierten Staat durchsetzen lässt.

Auch in Ländern mit einem staatlichen Gesundheitssystem, wie zum Beispiel Großbritannien, gibt es Gesundheitsleistungen, die gesondert hinzugekauft werden können. Gerade in diesen Ländern ist oft ein breit gefächertes Angebot an Ärzten und Krankenhäusern organisiert, die ihre Leistungen ausschließlich privat anbieten. Das **Ausmaß der „Zwei-Klassen-Medizin“** wird unter diesen Rahmenbedingungen oftmals als deutlich stärker ausgeprägt empfunden, als das in Deutschland der Fall ist. In allen Fällen

*Die Frage des öffentlich wahrgenommenen Ausmaßes der „Zwei-Klassen-Medizin“ ist stets eine Frage der Akzeptanz und damit des Niveaus des „staatlichen Versorgungsstandards“.*

gilt jedoch, dass die Frage des öffentlich wahrgenommenen Ausmaßes der „Zwei-Klassen-Medizin“ stets eine Frage der Akzeptanz und damit des Niveaus des „staatlichen Versorgungsstandards“ ist. Je höher dieses Niveau, desto weniger ausgeprägt ist das Bestreben nach einer alternativen oder einer höherwertigen Versorgung.

**Und umgekehrt formuliert:** Je niedriger das Niveau des „staatlichen Versorgungsstandards“ ist, desto größer die Nachfrage nach alternativen beziehungsweise höherwertigen Angeboten.

#### **Darüber hinaus gilt:**

1. Eine „Ein-Klassen-Medizin“, die keine Leistungsdifferenzierung zulässt, darf auch keinen Wettbewerb zulassen. Denn jede Form des Wettbewerbs ist eine permanente Suche nach Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung. Damit ist ein breites Leistungsangebot von Alternativen, in denen mit der Zahlungsbereitschaft die Nachfrage zur relevanten Größe wird, bereits systematisch im Wettbewerb selber angelegt.
2. Die „Ein-Klassen-Medizin“ lässt sich nur dann durchhalten, wenn die medizinischen Möglichkeiten nicht über das Finanzierbare hinauswachsen. Wachsen angesichts des Fortschritts die medizinischen Möglichkeiten hingegen schneller als das Finanzierbare, dann müssen **Prioritäten** gesetzt werden. In der Folge entstehen automatisch Leistungsangebote neben/außerhalb des Einheitssystems.

Da kein modernes Gesundheitssystem auf die effizienzschaffende Wirkung des Wettbewerbs verzichten kann und zugleich überall die medizinischen Möglichkeiten über das Finanzierbare hinauswachsen, ergeben sich zwei Schlussfolgerungen: **Erstens**, eine

*Die vom Einheitssystem beziehungsweise von der „Ein-Klassen-Medizin“ wegführenden Kräfte existieren nicht nur, sondern werden von der Dynamik her auch zunehmen.*

„Ein-Klassen-Medizin“ (Einheitssystem) ist sachlogisch nicht durchzuhalten. **Zweitens**, bei einer realistischen Bewertung der wachsenden medizinischen Möglichkeiten ergibt sich – relativ zum Finanzierbaren – das Bild einer sich **zunehmend „öffnenden Schere“**. Unvermeidlich folgt daraus, dass die vom Einheitssystem beziehungsweise von

der „Ein-Klassen-Medizin“ wegführenden Kräfte nicht nur existieren, sondern von der Dynamik her auch zunehmen werden.

## 2.2 „Zwei-Klassen-Medizin“ oder Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung

Die „Ein-Klassen-Medizin“ bleibt ein **theoretisches Konstrukt**, Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung ist dagegen die Realität. Tatsächlich sind auch deshalb im deutschen Gesundheitswesen vielfältige Leistungsdifferenzierungen feststellbar. Vier Beispiele seien hier genannt:

*Die „Ein-Klassen-Medizin“ bleibt ein theoretisches Konstrukt, Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung ist dagegen die Realität.*

1. GKV- und PKV-Versicherte erhalten dem Grundsatz nach vergleichbare medizinische Leistungen. Diese sind gleichwohl in den medizinischen Versorgungsbereichen mit Unterschieden verbunden. Das Spektrum reicht von der schnelleren Terminvergabe beim niedergelassenen Arzt bis zur Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer im Krankenhaus.
2. Die medizinische Versorgung weist auch innerhalb der GKV für die Versicherten Unterschiede auf. Viele gesetzliche Kassen bieten mittlerweile unterschiedliche **Wahltarife** an, weil sie ihre Zukunft vor allem darin sehen, ihr Leistungsangebot gegenüber den konkurrierenden Kassen zu differenzieren. Am bekanntesten sind derzeit die sogenannten Hausarzt- oder Selbstbehalttarife. Aber auch die Disease-Management-Programme oder die Konzepte zur integrierten Versorgung bieten den Kassen einen neuen Handlungsspielraum.
3. Die medizinische Versorgung der bei privaten Krankenversicherungen versicherten Personen unterscheidet sich ebenfalls, je nach dem, ob der Versicherte in der PKV einen „Luxustarif“ oder einen „Grundschutz“ gewählt hat.
4. Die ärztliche Versorgung von Personen ohne dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung (Asylbewerberleistungsgesetz) unterscheidet sich von der der gesetzlich und privat Versicherten insofern, dass der Leistungsanspruch auf Behandlung akuter Erkrankungen, Schmerzzustände, Schwangerschaft und Mutterschaft beschränkt ist.

Diese vier Beispiele zeigen, dass sich die medizinischen Leistungen, insbesondere je nach gewähltem Versicherungstarif oder Status (z.B. Aufenthaltsrecht) unterscheiden. Faktisch ist in der gesamten Versorgungslandschaft ein **starker Trend** der zunehmenden Leistungsdifferenzierung erkennbar. Insoweit geht es weniger um den Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ zwischen privat und gesetzlich Versicherten, sondern darum, wie eine Gesellschaft insgesamt mit einer sich weiter differenzierenden Versorgungslandschaft umgeht.

Grundsätzlich ist die Leistungsdifferenzierung von Angeboten in nahezu allen Lebensbereichen ein selbstverständlicher und auch akzeptierter Tatbestand. Das ist im Gesundheitswesen anders. Leistungsdifferenzierungen werden im Allgemeinen kritischer betrachtet, weil die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ein Grundbedürfnis darstellt und in aller Regel keine freie Konsumentenentscheidung ist beziehungsweise sein soll. Zudem gehört es zum **ethischen Grundwert** unserer Gesellschaft, dass jeder im Bedarfsfall alle notwendigen medizinischen Leistungen bekommt. Die Einkommens- und Vermögenssituation soll nicht über den Zugang zu lebensnotwendigen, lebensverlängernden oder den Gesundheitszustand verbessernden Leistungen entscheiden.

*Es geht weniger um den Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ zwischen privat und gesetzlich Versicherten, sondern darum, wie eine Gesellschaft insgesamt mit einer sich weiter differenzierenden Versorgungslandschaft umgeht.*

Nicht zuletzt deshalb liegen der öffentlichen Wahrnehmung der sogenannten „Zwei-Klassen-Medizin“ stets zwei Teilaspekte zugrunde. Erstens die unmittelbare Beobachtung, dass jemand anderes einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung hat als man selbst. Das ist ein allgemeiner **gesellschaftlicher Tatbestand** und für sich

*Der Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ bringt vor allem zum Ausdruck, dass die Menschen für sich selbst befürchten, in Zukunft nicht mehr alle notwendigen Leistungen zu erhalten.*

genommen weniger kritisch. Zweitens – und das ist kritischer zu bewerten – die persönliche Befürchtung, dass im Bedarfsfall gegen den ethischen Grundwert, alle notwendigen medizinischen Leistungen bekommen zu können, verstoßen wird. Der Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ bringt dann vor allem zum Ausdruck, dass die Menschen für sich selbst befürchten, in Zukunft nicht mehr **alle notwendigen Leistungen** zu erhalten, d.h. im Bedarfsfall nicht mehr mit dem Notwendigen, sondern bestenfalls noch **mit dem Notwendigsten versorgt** zu werden. („Nur die, die es sich leisten können, bekommen noch alles“). Gerade deshalb korreliert in allen repräsentativen Umfragen die Zustimmung zur These der „Zwei-Klassen-Medizin“ auch stets mit der Erwartung einer medizinischen Grundversorgung. Der zentrale Gesichtspunkt, der in den Umfragen zum Ausdruck kommenden Befürchtungen, ist mithin weniger die Erwartung an die Politik, etwas gegen die „ärgerliche“ Leistungsdifferenzierung zu tun, sondern zu garantieren, dass es in Zukunft nicht zu (weiteren) Einschnitten in der eigenen medizinischen Versorgung kommt. Das heißt: Die Zustimmung zu den Aussagen, dass in Zukunft immer mehr eine „Zwei-Klassen-Medizin“ zu erwarten ist, stellt nichts anderes als die eigene Angst dar, zukünftig im Bedarfsfall nicht mehr das Notwendige, sondern nur noch das Notwendigste zu bekommen.

Politiker wissen auf diese Ängste geschickt zu antworten. **Populistisch orientierte Politiker** bedienen sich des Themas der „Zwei-Klassen-Medizin“, um sich damit ungefragt zum „Anwalt der Ängste“ der Menschen zu machen. Aufrichtige Politiker kümmern sich mehr um das **Niveau** und die **Qualität der Grundversorgung**. Das ist freilich mühsamer und medial zunächst weniger erfolgreich.

#### **Damit stehen zwei Fragen im Mittelpunkt des Interesses:**

1. Wie und in welchem Umfang wird der Anspruch der Gesellschaft auf freien Zugang zu allen notwendigen Gesundheitsleistungen eingelöst? (**Niveau der Grundversorgung**)
2. Welche Möglichkeiten bestehen, davon abweichende oder darüber hinausgehende Gesundheitsleistungen nachzufragen? (**Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung**)

Der erste Punkt lässt sich mit dem Begriff **Grundleistung** umschreiben. Die Verwendung des Terminus „Grundleistung“ soll keine Forderung nach einer „**Schmalspurmedizin**“ oder nach etwaigen Einsparungen implizieren. Auch wenn alle, die das Wort Grundversorgung in den Mund nehmen, dahingehend interpretiert und missverstanden werden. Der Begriff „Grundversorgung“ enthält tatsächlich keine Aussage über das in einer Gesellschaft für erforderlich gehaltene Niveau der gesundheitlichen Versorgung. Es ist vielmehr die Feststellung, dass eine solche Entscheidung über das gewünschte Niveau überhaupt getroffen werden muss. Bei knappen Ressourcen und zugleich steigenden und kostenintensiven medizinischen Möglichkeiten wird man sich dieser Frage immer weniger entziehen können.

Der zweite Punkt ist, wie beschrieben, eine gesellschaftspolitische Realität, wobei der Umfang der Leistungsdifferenzierung umgekehrt mit dem Niveau der Grundversorgung korreliert. Je höher das Niveau der Grundversorgung ist, desto niedriger der Leistungsumfang, der über die Grundleistungen hinausgehend nachgefragt wird. Daraus folgt: Je unzufriedener die Menschen mit dem Niveau der bestehenden Grundversorgung sind, desto mehr erwarten sie, dass sie sich für differenzierte Leistungen oberhalb der Grundversorgung entscheiden können. Das stellt nichts anderes dar als eine Leistungsdifferenzierung, die wiederum in der Öffentlichkeit als „Zwei-Klassen-Medizin“ – etwas schon vom Wortlaut Negatives – wahrgenommen wird.

Entscheidend ist, wie beide Aspekte zueinander in Beziehung stehen. Das Niveau der Grundversorgung ist **kausal** für den Umfang der Leistungsdifferenzierung – umgangssprachlich der „Zwei-Klassen-Medizin“ – in einer Gesellschaft. Diese lässt sich, wenn man einen solchen Zustand politisch nicht will, zumindest langfristig auch nicht wirksam durch Verbotsregelungen begrenzen. Die einzige wirksame Antwort wäre eine Veränderung des Niveaus der Grundversorgung. Und wenn man diese Kausalität einmal anerkennt, dann gilt ein weiterer Zusammenhang: Ein auf Basis **unvermeidbar knapper Finanzmittel** festgelegtes Niveau für die Grundversorgung findet umso eher Akzeptanz in einer Gesellschaft, je leichter die Zugangsmöglichkeit für alle zu einer anderen und/oder höherwertigen Versorgung angelegt ist. Die „erlaubte“ und erleichterte Nachfrage nach differenzierten Leistungen wird damit zum Ventil der gesellschaftlichen Akzeptanz einer Grundversorgung, die unterhalb des höchstmöglichen Niveaus verbleibt bzw. in Anbetracht der finanziellen Möglichkeiten verbleiben muss.

Im Ergebnis läuft der Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“ ins Leere, wenn die öffentliche Wahrnehmung oder Diskussion auf medizinische Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung

*Im Ergebnis läuft der Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“ ins Leere, wenn die öffentliche Wahrnehmung oder Diskussion auf medizinische Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung abstellt.*

abstellt. Mehrleistungen und Vielfalt sollten auch im Gesundheitswesen auf der Basis des Leistungsniveaus des Sozial- und Wohlfahrtsstaats eine Selbstverständlichkeit sein. Ethisch ist die Grundversorgung geboten, das Verbot einer Leistungs- und Qualitätssicherungsdifferenzierung dagegen schadet vielen und hilft niemandem. Das wiederum heißt letztendlich, dass es – um die Diskussion über die „Zwei-Klassen-Medizin“ zu **versachlichen** – eines **anderen Kriteriums** bedarf, um eine „Zwei-Klassen-Medizin“ zu charakterisieren und zu definieren.

### 2.3. „Zwei-Klassen-Medizin“ als Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zu Lasten Dritter

Medizinische Leistungsdifferenzierungen sind kritisch zu beurteilen, wenn eine Situation auftritt, in der sich die Kausalität zwischen dem Niveau der medizinischen Grundversorgung und dem Angebot anderer oder höherwertiger Leistungen umdreht. Dies ergibt sich, wenn **bei gegebenen** medizinischen Versorgungskapazitäten die Wahl einer höheren medizinischen Versorgung zu **Lasten Dritter geht oder zur Verdrängung anderer führt**. Die Grundversorgung erleidet dann Nachteile, weil es andere Gesundheitsleistungen gibt. Ökonomisch liegen dann sogenannte **negative externe Effekte** vor. Am konkreten Beispiel: Muss der Kassenpatient länger warten, **weil** der Privatpatient bevorzugt wird (= negativer externer Effekt) oder würde der Kassenpatient genau so lange warten müssen, wenn es den Privatpatienten nicht gäbe? Negative externe Effekte bezeichnen – technisch gesprochen – die unkompensierten negativen Auswirkungen (ökonomischer) Entscheidungen auf unbeteiligte Dritte. Extern heißt dabei, dass die Effekte (negative Nebenwirkungen) einer Wahlentscheidung nicht (ausreichend) in das Entscheidungskalkül des Verursachers einbezogen bzw. im Markt berücksichtigt werden. Die medizinische Grundversorgung würde also schlechter werden, hier Nachteile erleiden, weil es die anders geartete höherwertige medizinische Versorgung gibt. Gäbe es diese nicht, dann würde die Grundversorgung davon profitieren.

*Das Problem der „Zwei-Klassen-Medizin“ tritt erst dann auf, wenn Leistungsdifferenzierung zu Lasten Dritter geht.*

Für die medizinische Gesundheitsversorgung bedeutet die Existenz negativer externer Effekte, dass eine „Zwei-Klassen-Medizin“ nur dann vorliegt, wenn es bei der Wahl einer Personengruppe einer relativ hohen medizinischen Versorgung **gleichzeitig** auch zu einer Verdrängung oder Schlechterstellung der medizinischen Versorgung anderer führt, die sich – vielleicht auch aus finanziellen Gründen – nicht für eine höherwertige

Exkurs:

### **Wie Rationierungen zur (gefühlten) Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung führen!**

Viele Rationierungen beginnen unmerklich und wirken erst mit der Zeit. Budgets sind dafür ein gutes Beispiel. Diese werden anfangs von der Politik meist so definiert, dass sie nur geringfügig in das Versorgungsgeschehen eingreifen. Begründet werden sie in der Regel mit vielfältigen und zu „hebenden“ Wirtschaftlichkeitsreserven, die auch allgemein nachvollziehbar sind. Zeitgleich werden aber die Zuwachsraten für die Budgets der Folgejahre so festgelegt, dass sie unter der allgemeinen Kostenentwicklung bleiben. Damit wird die Wirkung der Budgets und der von ihnen ausgehende Druck auf die Versorgung im Zeitablauf immer stärker. So geschehen auch bei den ärztlichen Honorarbudgets, die politisch bereits 1992 beschlossen worden sind, aber erst ganz langsam über die Jahre hinweg vom Patienten, unter anderem durch lange Wartezeiten bei der Vergabe von Arztterminen, wahrgenommen wurden. Politische Verantwortung übernimmt die Politik (als Verursacher der Budgets) für diese Entwicklung nicht. Stattdessen entfacht sie mit dem Schlagwort der „Zwei-Klassen-Medizin“ eine Kampagne, in der sie unter anderem den Ärzten vorwirft, bevorzugt Privatpatienten zu behandeln.

Alle Rationierungen dienen allein dem Zweck, die gesetzliche Krankenversicherung finanzierbar zu halten. Es handelt sich damit um ein Kostendämpfungsinstrument, das – wenn es explizit angewendet wird – von fast allen Versicherten wahrgenommen wird. Anders beim medizinisch-technischen Fortschritt, der, neben vielen anderen Faktoren, besonders zur Kostenentwicklung in der GKV beiträgt. Viele der Errungenschaften des medizinischen Fortschritts und die mit ihnen verbundenen Kosten können von der Öffentlichkeit kaum umfassend beurteilt werden. So hilft die sehr teure Protonentherapie – obwohl sie eine große Innovationsleistung ist – lediglich einer sehr kleinen Patientengruppe. Die Mehrzahl der Versicherten hat hierüber aber keine Kenntnis. Überspitzt lässt sich formulieren: In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es eine Wahrnehmungsverzerrung zwischen der Leistungsausweitung durch den medizinischen Fortschritt und der Leistungseinschränkung durch Rationierungen. Die Mehrzahl der Versicherten ist sich nicht bewusst, dass sie bei „nachrangigen“ Leistungen Einschränkungen hinnehmen müssen, um weiterhin nahezu unbegrenzten Zugang zum medizinischen Fortschritt zu haben. Wären sie sich dieses Sachverhalts bewusst, würden Versicherte und Öffentlichkeit über Rationierungen in der GKV sicher anders urteilen als sie es faktisch in der Realität tun.

#### **Daraus folgt:**

1. Eine Politik der Rationierungen muss erklärt werden. Leistungseinschränkungen im Umfang „kleinerer“ Krankheitsrisiken sind hinnehmbar, wenn sie als Preis für fortlaufende Leistungsverbesserungen, zum Beispiel für die Teilnahme am medizinischen Fortschritt, verstanden werden.
2. Eine Politik der Rationierungen lässt sich – weil im Laufe der Zeit die Kosten schneller steigen als die Budgets wachsen – nicht in Budgets verstecken. Die Leistungseinschnitte werden später umso deutlicher wahrgenommen. Sie führen zum Vertrauensverlust in die Zuverlässigkeit des Gesundheitssystems in seiner Gesamtheit.
3. Eine Politik der Rationierungen hat nichts mit einer Benachteiligung Dritter („Zwei-Klassen-Medizin“) durch eine höherwertige Versorgung Anderer zu tun. Rationierungen entstehen nicht durch Privatversicherte, sondern sind ausschließlich das Ergebnis von politischen Entscheidungen mit Wirkung auf die GKV. Sie schaffen dabei ein Klima der Unzufriedenheit.

medizinische Versorgung entschieden haben oder entscheiden können. Für die Existenz einer „Zwei-Klassen-Medizin“ in einem Gesundheitssystem muss also nicht nur das **Kriterium der Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung**, sondern zusätzlich auch das Merkmal der „negativen Externalität“ erfüllt sein.

## 2.4. Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zum Vorteil Dritter

Medizinische Leistungs- und Qualitätsdifferenzierungen oberhalb eines gesetzlich vorgeschriebenen Grundversorgungsniveaus können nicht nur zu Lasten Dritter, sondern auch zum Vorteil anderer führen. Ökonomisch liegen damit nicht **negative, sondern positive externe Effekte vor**. Diese bezeichnen die unkompensierten **positiven** Auswirkungen (ökonomischer) Entscheidungen auf unbeteiligte „Dritte“. Für die medizinische Grundversorgung heißt das, dass eine Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung oberhalb der Grundversorgung gleichzeitig zu einer Besserstellung der Personen führt, die sich nicht für eine höherwertige medizinische Versorgung entschieden haben. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn die medizinische Grundversorgung vom Angebot einer anderen und/oder höherwertigen Versorgung profitiert.

## 3. Versorgungssituation in Deutschland

Die bisherigen Überlegungen und die exakte Definition der „Zwei-Klassen-Medizin“ als Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zu Lasten Dritter haben gezeigt, dass sich hinter dem Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ sehr vielschichtige Aspekte verbergen. Deshalb lässt sich die Frage, ob ein differenziertes Versorgungssystem positive oder negative Auswirkungen hat, nicht pauschal beantworten. In diesem Abschnitt sollen deshalb die **konkreten Verhältnisse** in Deutschland beurteilt werden. In den einzelnen Sektoren der medizinischen Versorgung wird der Frage nachzugehen sein, welche Leistungsunterschiede oder Mehrleistungen es insbesondere in der PKV gibt und ob diese Unterschiede im deutschen Gesundheitswesen eventuell zur Verdrängung Dritter führen.

### 3.1. Rationierungen in der GKV

Die Wahrnehmung einer vermeintlichen „Zwei-Klassen-Medizin“ in der Bevölkerung hat auch etwas mit den „beobachteten“ gesetzlichen Eingriffen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu tun. In diesem Zusammenhang wird häufig von **Rationierung in der GKV** – eine Einschränkung von medizinischen Leistungen – gesprochen. Und tatsächlich ist die Gesundheitspolitik der letzten 30 Jahre immer wieder davon geprägt, dass sie rationierend in den Leistungskatalog der GKV eingegriffen hat. Beispiele dafür gibt es viele:

*Die Wahrnehmung einer vermeintlichen „Zwei-Klassen-Medizin“ in der Bevölkerung hat auch etwas mit den „beobachteten“ gesetzlichen Eingriffen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu tun.*

1. Gesetzlich **explizit** beschlossene **Leistungsausschlüsse** aus dem Leistungskatalog der GKV als Ausdruck der Kostendämpfungspolitik seit den 70er Jahren.  
Beispiele: Streichung des Sterbegeldes; Sehhilfe nur noch in Ausnahmefällen; Einschränkungen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie; keine Leistung mehr von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten/OTC-Präparaten (bei wenigen Ausnahmen).
2. **Zuzahlungen oder Eigenleistungen** der Patienten.  
Beispiele: Praxisgebühr; Zuzahlungen bei Arzneimitteln; Zuzahlungen im Krankenhaus; Zuzahlungen bei Heil- und Hilfsmitteln.

3. **Ausgaben- und Mengensteuerung** durch Budgets, Zielvereinbarungen oder Richtgrößen – oft verknüpft mit Regressregelungen –, um die von Leistungserbringern insgesamt veranlassten Ausgaben implizit zu regulieren und zu begrenzen.

Beispiele: Richtgrößenregelungen und Budgets bei Arzneimitteln; Ausgabensteuerung im Krankenhaus über Budgets; Praxisbudgets.

4. Vorbereitungen oder Beschlüsse zur Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV durch **institutionelle Kompetenzen**, wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Beispiele: Nutzen- bzw. Kosten-Nutzen-Bewertung bei neuen Arzneimitteln; Ausschluss der Verordnungsfähigkeit kurzwirksamer Insulinanaloge zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 (Insulin Aspart – Insulin Glulisin – Insulin Lispro) aus der GKV, solange diese mit Mehrkosten im Vergleich zu kurzwirksamem Humaninsulin verbunden sind; Zulassungsverfahren für neue Therapien.

Die Rationierungen in der GKV sind vielseitig und oft für Versicherte zunächst kaum

wahrnehmbar, führen aber **schrittweise** in eine veränderte Versorgungsqualität. Sie sind Ausdruck einer (politischen) Leistungssteuerung über das **Prinzip „Knappheit“** als Kostendämpfungsinstrument in der GKV. Die von der Politik vielfältig getroffenen

*Die Rationierungen sind Ausdruck einer (politischen) Leistungssteuerung über das Prinzip „Knappheit“ als Kostendämpfungsinstrument in der GKV.*

Rationierungsentscheidungen folgen in der Regel einer immer wieder klar erkennbaren (inneren) politischen Logik:

1. **Rationierungen sind politisch unbeliebt.** Deshalb wählt die Politik mit Vorliebe solche Rationierungen, die zunächst wenig bemerkt werden. Ein gutes Beispiel dafür sind Budgets: Über Leistungskürzungen entscheidet nicht mehr die Politik, sondern der behandelnde Arzt. Die Entscheidung über Leistungskürzungen ist nicht mehr Gegenstand der parlamentarischen Diskussion, sondern wird auf die Ärzte vor Ort verlagert (pol. Outsourcing).
2. **Die Politik vermeidet den Begriff der Rationierung** und spricht stattdessen beispielsweise von Anreizen für mehr Wirtschaftlichkeit oder – wie es Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in der FAZ vom 19.5.2008 formuliert hat – vom „rationellen Einsatz knapper Mittel“. Dabei wird gleichzeitig darauf hingewiesen, dass die gesetzliche Krankenversicherung über einen außerordentlich hohen Leistungsstandard verfügt, der für jede (*sinnvolle?*) Innovation offen ist.

*Alle Rationierungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zunächst einmal Ausdruck eines unsicheren Leistungsversprechens in der GKV. Dabei entsteht eine medizinische Leistungs-differenzierung, die nicht zu Lasten Dritter geht.*

Alle Rationierungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zunächst einmal Ausdruck eines unsicheren Leistungsversprechens in der GKV. Dabei entsteht eine medizinische Leistungs-differenzierung, weil mit jeder Leistungseinschränkung in der GKV faktisch das gesetzliche Grundversorgungsniveau abgesenkt wird. **Zu Lasten oder zur Verdrängung Dritter**

(„Zwei-Klassen-Medizin“) führt das nicht. Denn der Tatbestand, dass es in der privaten Krankenversicherung vertragliche Leistungssicherheit gibt, ist nicht für einen expliziten und gesetzlichen Leistungsausschluss in der GKV verantwortlich. Und die Charakterisierung der PKV als budget- und zielvereinbarungsfreie Zone ist nicht Auslöser einer eben solchen Budgetierung in der GKV.

## 3.2. Leistungsdifferenzierung oder „Zwei-Klassen-Medizin“ in den Sektoren?

Welche Leistungsunterschiede, Leistungsdifferenzierungen oder Mehrleistungen es in der Regel in der privaten Krankenversicherung gibt und ob Versorgungsdifferenzierungen im deutschen Gesundheitswesen dazu führen können, dass genau diese Mehrleistungen zur Verdrängung Dritter führen – also tatsächlich von einer „Zwei-Klassen-Medizin“ gesprochen werden kann –, lässt sich konkret in den einzelnen Sektoren der medizinischen Versorgung analysieren.

### Ambulante ärztliche Versorgung

#### (a) Leistungsvergleich zwischen GKV und PKV

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben **Rechtsanspruch** auf die im SGB V definierten ambulanten Leistungen. Über dem steht das Wirtschaftlichkeitsprinzip (§ 12 SGB V), nach dem die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Die Leistungen dürfen das **Maß des Notwendigen** nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Um diesen Anspruch umzusetzen, steht ein breites Instrumentarium der Kostensteuerung zur Verfügung: So existieren Ausgaben- und Mengensteuerungen durch Honorarbudgets, Zielvereinbarungen oder Richtgrößen – oft verknüpft mit Regressregelungen –, um die von Leistungserbringern insgesamt veranlassten Ausgaben implizit zu regulieren und zu begrenzen. Eine Mengenanpassung, die in der Konsequenz auch zu **Wartezeiten** führen kann. Wartezeiten sind damit in der GKV systemimmanent, wenn Ärzte zum Beispiel am Ende des Quartals aus einem nachvollziehbaren ökonomischen Anreiz heraus Patienten in das „Honorarbudget“ des nächsten Quartals „schieben“ (müssen). Honorarbudgets wirken damit letztlich – auch weil sich seit vielen Jahren ein sinkender Punktwert für die Behandlung von GKV-Versicherten beobachten lässt – leistungshemmend. Für viele Kassenärzte besteht deshalb ein **ökonomischer Anreiz**, ihre Sprech- und Behandlungszeiten für GKV-Versicherte zu reduzieren.

*Wartezeiten sind in der GKV systemimmanent.*

Die PKV ist im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung eine budgetfreie Zone. Ausgabensteuerungen durch Mengengrenzungen, Wartezeiten, fehlende Leistungsanreize und Zulassungsverfahren für Ärzte existieren nicht. In der PKV ergeben sich Art, Umfang und Höhe der ambulanten Versorgung aus dem **vertraglich** gewählten Tarif mit Tarifbedingungen. Die Honorare für die Leistungserbringer werden dabei der von der Bundesregierung festgelegten Gebührenordnung für ärztliche Leistungen (GOÄ) entnommen. Diese Honorare sind derzeit so angelegt, dass von ihnen erhebliche Anreize zur Mengenerweiterung ausgehen.

*Die PKV ist im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung eine budgetfreie Zone.*

Auch der Umfang der **freien Arztwahl** ist in den Krankenversicherungssystemen in Deutschland – PKV und GKV – unterschiedlich ausgeprägt. Den Versicherten der PKV steht die Wahl des Arztes unter allen niedergelassenen approbierten Ärzten sowie Heilpraktikern im Krankheitsfall frei. Das schließt für Privatversicherte das Recht ein, den Arzt auch unter den rein privat praktizierenden Ärzten auszusuchen, jederzeit einen Arzt zu wechseln und ohne Überweisung einen Facharzt aufzusuchen zu können. Versicherte in der GKV dagegen können gemäß SGB V nur unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und medizinischen Versorgungszentren frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Weitergehende Einschränkungen der Arztwahl in der GKV kommen darüber hinaus durch finanzielle Anreize bei (freiwilli-

ger) Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung, bei Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und im Zuge der Praxisgebühr zu Stande.

Das Zulassungsverfahren für Vertragsärzte der GKV verfolgt vor allem das Ziel, Überversorgungen zu vermeiden. Dahinter steht die These einer angebotsinduzierten Nachfrage von Gesundheitsleistungen. Der Umfang der medizinischen Leistungen in einer Region ist demnach auch abhängig von der Anzahl der dort tätigen Ärzte. Durch das Zulassungsverfahren soll vermieden werden, dass in einer Region zu viele Vertragsärzte tätig sind. Das vertragsärztliche Zulassungsverfahren trägt also zur Politik der Verknappung und Kostendämpfung bei.

### **(b) Mehrleistungen der PKV zu Lasten Dritter?**

Die Leistungen der PKV im ambulanten Bereich können aufgrund der freieren Arztwahl, des höheren Leistungsumfanges und der vergleichsweise höheren Vergütung der Leistungserbringer durch die PKV – je nach Tarif – eine Mehrleistung gegenüber dem Leistungsanspruch der GKV-Versicherten darstellen. Von einer Verdrängung zu Lasten Dritter oder „Zwei-Klassen-Medizin“ kann dabei allerdings keine Rede sein. Erst kürzere **Wartelisten und Wartezeiten** der Einen „zu Lasten“ der längeren Wartezeiten der Anderen könnten auf eine „Zwei-Klassen-Medizin“ bzw. auf einen Verdrängungseffekt hindeuten. Dann nämlich würde das Grundversorgungsniveau nicht durch den Gesetzgeber, das Budget oder sonst wen abgesenkt, sondern vom Wettbewerber – hier der PKV – determiniert. **Die Fragen, die es zu stellen gibt, lauten also:**

**Gibt es in den Arztpraxen eine Verdrängungskausalität zwischen Wartezeiten von PKV- und GKV-Versicherten? Verlängert sich die Wartezeit bei der Terminvergabe, wenn PKV-Patienten „vorgezogen“ werden?**

› **Keine Verdrängung oder Verlängerung der Wartezeit** von gesetzlich Versicherten findet statt, wenn PKV-Versicherte keine Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern einen der 7.300 ausschließlich privat behandelnden Privatärzte (von insgesamt 137.500 ambulant berufstätigen Ärztinnen und Ärzten) aufsuchen.

› **Keine Verdrängung oder Verlängerung der Wartezeit** von gesetzlich Versicherten findet statt, wenn Vertragsärzte zusätzliche Behandlungszeiten/(Samstags-)Sprechstunden für PKV-Versicherte einrichten. Denn zusätzliche Behandlungszeiten oder die ärztliche Samstagssprechstunde ausschließlich für Privatpatienten können zunächst einmal als besondere Serviceleistung bezeichnet werden. Sie ist Ausdruck einer Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung ohne Benachteiligung Dritter. Wird

*Die ärztliche Samstagssprechstunde für Privatpatienten ist Ausdruck einer Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung ohne Benachteiligung Dritter.*

sie abgeschafft, um Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zu vermeiden, dann würde das direkt zu (zusätzlichen) Kapazitätsengpässen und damit zu längeren Wartezeiten für alle Patienten innerhalb der Woche führen. Im Umkehrschluss heißt das, dass die Beseitigung einer falsch interpretierten „Zwei-Klassen-Medizin“ – die Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung – zu einer Schlechterstellung der Situation insgesamt führen kann.

› **Keine Verdrängung oder Verlängerung der Wartezeit** von gesetzlich Versicherten findet statt, wenn Ärzte unter der Vorgabe ihrer Budgets ihre Behandlungszeiten für GKV-Versicherte reduzieren. Dies geschieht nicht nur durch bloße Begrenzung der Behandlungszeiten in der Woche, sondern auch bei der Terminvergabe, wenn mit

*Die Terminvergabe für privat und gesetzlich Versicherte ist ein voneinander unabhängiger Vorgang.*

Blick auf die Budgetrestriktion in der GKV ein Termin erst im nächsten Quartal vergeben wird. Die Terminvergabe für privat und gesetzlich Versicherte ist ein **voneinander unabhängiger Vorgang**. Selbst wenn alle Privatpatienten auf einen Schlag auswandern würden, für die gesetzlich Versicherten würde sich nichts ändern. Der GKV-Versicherte erhielte immer noch einen

relativ späten Termin. Entsprechend wird kein GKV-Versicherter auf der Terminliste plötzlich nach hinten verschoben, weil ein PKV-Versicherter um einen Termin nachgesucht hat. Terminabsagen, weil ein Privatversicherter um einen Termin nachsucht, kommen im Gesundheitswesen nicht vor.

- › **Verdrängung oder Verlängerung** der Wartezeiten von gesetzlich Versicherten findet jedoch dann statt, wenn ein GKV-Versicherter **im Wartezimmer** deshalb länger warten muss, weil ein PKV-Versicherter **ohne Termin** vorgezogen wird. Nur dann entstehen Situationen zu Lasten Dritter (negative externe Effekte), die in Deutschland allerdings empirisch – auch von der BKK-Versichertenbefragung aus dem Juni 2008, die bei akuten Beschwerden eine im Durchschnitt 8minütige längere Wartezeit von GKV-Versicherten feststellt – nicht zu belegen sind.<sup>1</sup>

Beispiels- und Überschlagsrechnung:

### **Die Verkürzung der Wartezeiten, wenn es die PKV nicht gäbe!**

In der privaten Krankenversicherung waren im Jahr 2006 8,5 Mio. (Marktanteil 10,8 %), in der GKV rund 70,5 Mio. Menschen (Marktanteil 89,2 %) versichert. Bei einem angenommenen Wartezeitenverhältnis zwischen privat und gesetzlich Versicherten von 1:3 (Feststellung der Lauterbach-Studie) oder 1:2,5 (Ableitung aus der Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO)) wartet dementsprechend ein Privatpatient beispielsweise 5 und ein gesetzlich Versicherter 15 Tage (WiDO: 12,5 Tage) auf eine ärztliche Behandlung. Angesichts dieser angenommenen Wartezeiten halten Ärzte für gesetzlich und privat Versicherte rechnerisch unterschiedliche Zeitkapazitäten vor. Diese unterschiedliche Vorhaltung oder Bevorzugung könnte man als Leistungsdifferenzierung zu Gunsten Dritter („Zwei-Klassen-Medizin“) interpretieren. Würde man die PKV diesem Argument folgend auflösen und mit allen Mitteln in die GKV integrieren, ergäben sich überschlagsweise für alle 79 Mio. Versicherte Wartezeiten von

$$(0,892 \times 15 \text{ Tage}) + (0,108 \times 5 \text{ Tage}) = 13,92, \text{ also fast } 14 \text{ Tage (WiDO: } 11,7 \text{ Tage).}$$

**Fazit:** Auch wenn man davon überzeugt ist, dass verkürzte Wartezeiten für Privatpatienten zu Lasten Dritter – nämlich der GKV-Versicherten – gehen („Zwei-Klassen-Medizin“), würde eine strikte Gleichbehandlung die Wartezeit der gesetzlich Versicherten lediglich **um 1 Tag oder weniger verkürzen**. Umgekehrt formuliert: Einen Schaden im nennenswerten Umfang erleiden gesetzlich Versicherte durch verkürzte Wartezeiten der Privatpatienten definitiv nicht!

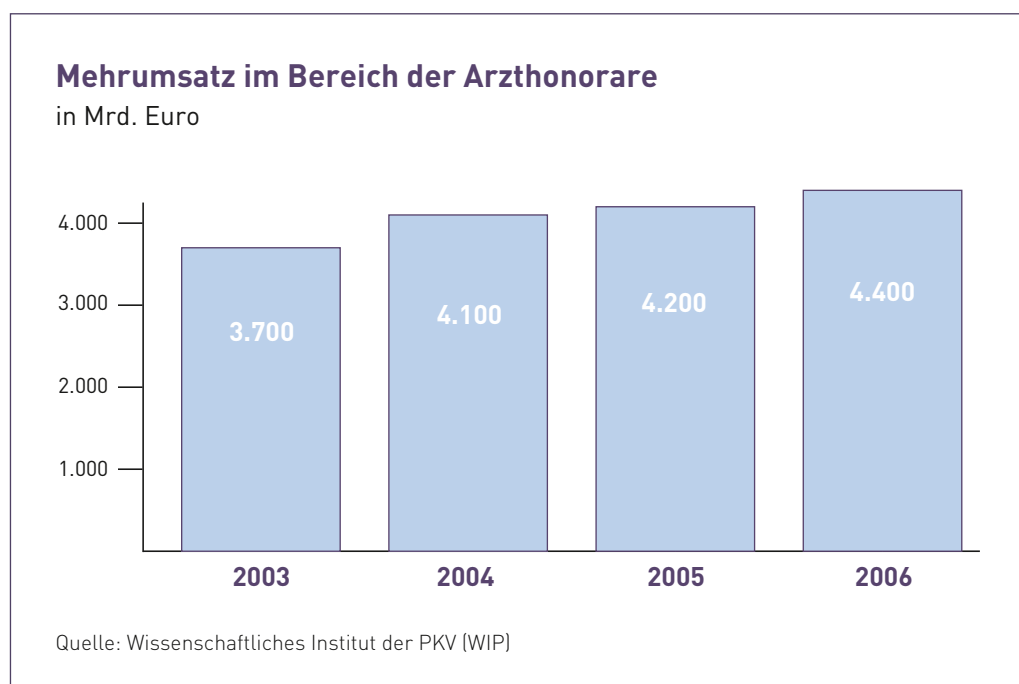
Im Übrigen gilt: Die Bedeutung einer schnelleren Terminvergabe für Privatpatienten sollte selbst dann nicht überbewertet werden, **wenn** sie mit Verdrängungseffekten zu Lasten Dritter verbunden wäre. Dies kann die obenstehende Beispiels- und Überschlagsrechnung – die rechnerische Verkürzung der Wartezeiten, wenn es die private Krankenversicherung nicht gäbe – verdeutlichen.

In der Gesamtbetrachtung kann von einer „Andersversorgung“ von Privatversicherten oder Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zu Lasten Dritter (negative externe Effekte) – also von „Zwei-Klassen-Medizin“ – im **ambulanten Bereich** keine Rede sein. Im Gegenteil: Im ambulanten Bereich führt Leistungs- und Qualitäts-

*Von einer „Andersversorgung“ von Privatversicherten zu Lasten Dritter – also von „Zwei-Klassen-Medizin“ – kann im ambulanten Bereich keine Rede sein.*

<sup>1</sup> Vgl. BKK-Bundesverband (2008), Bevölkerungsumfrage „Arztbesuche“.

differenzierung oberhalb der Grundversorgung im deutschen Gesundheitssystem zum nicht unerheblichen Vorteil Dritter. Es liegen **positive externe Effekte** vor. Dabei ist insbesondere der **Mehrumsatz** im Bereich der Arzthonorare im ambulanten Bereich zu betrachten. Damit sind die Arzthonorare gemeint, die Ärzte dadurch zusätzlich erlösen, dass sie für Privatpatienten höhere Honorare als für gesetzlich Versicherte bekommen. Das heißt: Allein dadurch, dass es Privatpatienten gibt, flossen im Jahr 2006 den Ärzten zusätzliche Honorarmittel in Höhe von 4,4 Mrd. Euro zu. Indem sie für viele Leistungen höhere Preise und Arzthonorare zahlen, stärken Privatpatienten das Gesundheitssystem insgesamt. Dies ist nicht nur eine entscheidende wirtschaftliche Existenzgrundlage für die hausärztlichen und fachärztlichen Praxen, sondern schafft in vielen Fällen erst den nötigen Umsatz, um **ausreichende Investitionsmittel für die Praxisausstattung** (auch für den medizinisch-technischen Fortschritt) zu generieren.



## Arzneimittel

### (a) Leistungsvergleich zwischen GKV und PKV

In der GKV haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, sofern kein Ausschluss von Arzneimitteln durch Richtlinien vorliegt. Ausgeschlossen sind in der Regel nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Arzneimittel bei Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel, unwirtschaftliche Arzneimittel, Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität und Arzneimittelausschlüsse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, die zukünftig auch auf Basis einer Kosten-Nutzen-Analyse erfolgen.

Verordnungen müssen durch den Arzt erfolgen. Arzneimittel mit nicht ausreichend gesichertem therapeutischen Nutzen darf der Vertragsarzt nicht verordnen. Die Verordnung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen Physiotherapie, Homöopathie und Anthroposophie ist nicht ausgeschlossen. Die Arzneimittelauswahl ist eingeschränkt, wenn ein Rabattvertrag vorliegt. In der Regel sind bei Arzneimitteln – bei Ausnahmen – 10 % des Abgabepreises (min. 5 Euro, max. 10 Euro, aber nicht mehr als der Abgabepreis) als Zuzahlung zu leisten. Für Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, werden die Kosten von der GKV nur bis zu dieser Höhe übernommen.

In der PKV leistet der Versicherer nach den Bedingungen für die Krankheitskostenversicherung im **vertraglichen Umfang** für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Letztendlich heißt das: In der privaten Krankenversicherung leistet der Versicherer für Arzneimittel stets und uneingeschränkt bei bestehender **medizinischer Notwendigkeit**. Der Arzt ist in seiner Verordnungsentscheidung frei. Im Grundsatz gilt, dass für die Verordnungsentscheidung allein medizinische Überlegungen maßgeblich und keine wirtschaftlichen Vorgaben entscheidend sind. In der Konsequenz sind erhebliche Unterschiede bei der Arzneimittelversorgung von gesetzlich und privat versicherten Personen, darauf weisen Studien des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) hin, zu erwarten.

### (b) Mehrleistungen der PKV zu Lasten Dritter?

Die Leistungs- und Qualitätsunterschiede zwischen GKV und PKV in der Arzneimittelversorgung stellen eine „Besserversorgung“ oder „Andersversorgung“ dar. Eine „Andersversorgung“, die in der Bevölkerung akzeptiert und nicht unter dem Stichwort der „Zwei-Klassen-Medizin“ angegriffen wird. Gegenteilig ist – wohl auch, weil Kapazitätsengpässe in der Arzneimittelversorgung auszuschließen sind – empirisch nicht belegt. Von einer „Andersversorgung“ von Privatversicherten oder Leistungs- und Qualitätsdifferenzierung zu Lasten Dritter (negativer externer Effekt) – also von „Zwei-Klassen-Medizin“ – kann demnach keine Rede sein. Es liegen im Gegenteil möglicherweise sogar positive externe Effekte vor. Die vom Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) ermittelte höhere **indikationsbezogene Innovationsquote** bei neuen Medikamenten in der PKV kann dazu beitragen, dass der Innovationsanreiz in der Arzneimittelforschung und -versorgung insgesamt höher ausgeprägt ist als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Davon würden dann direkt auch die gesetzlich Versicherten profitieren.

*Zwischen PKV und GKV existieren Leistungs- und Qualitätsdifferenzierungen zum Vorteil Dritter.*

### Arzneimittelversorgung im Vergleich

Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) hat ergeben, dass PKV-Versicherte anteilig deutlich mehr neue Wirkstoffe erhalten als GKV-Versicherte. Die indikationsbezogene Innovationsquote 2006 als Umsatzanteil eines neuen Medikamentes am Gesamtumsatz der jeweiligen therapeutischen Untergruppe – dargestellt anhand von zwanzig neuen Präparaten der Jahrgänge 1996 bis 2005 – lag in der **PKV bei 7,5 %** und damit deutlich höher als in der **GKV (5,4 %)**.

Dem steht gegenüber, dass Privatversicherte weniger Generika beziehungsweise mehr Originalpräparate als gesetzlich Versicherte erhalten. Während bei **PKV-Versicherten** im Jahr **47,1 %** der Verordnungen von patentfreien Wirkstoffen auf Nachahmerpräparate entfielen, sind es **in der GKV 79,7 %** (Auswertung für 4 Unternehmen).

## Stationäre Versorgung

### (a) Leistungsvergleich zwischen GKV und PKV

Der Umfang der **freien Krankenhauswahl** ist in den Krankenversicherungssystemen in Deutschland unterschiedlich ausgeprägt. Die Versicherten der privaten Krankenversicherung haben die vollständige Wahlfreiheit unter allen Krankenhäusern. In der GKV dagegen ist für Kassenpatienten die freie Krankenhauswahl faktisch eingeschränkt.

Krankenseinweisungen sind in Plan- oder Vertragskrankenhäusern möglich. Diese Eigenschaft erfüllt zwar die überwiegende Mehrheit der deutschen Krankenhäuser. Der GKV-Versicherte braucht allerdings – außer bei Notfällen – eine ärztliche Einweisung und ist an das Krankenhaus gebunden, das in der Einweisung genannt ist. Bei der Einweisungsentscheidung sind Wirtschaftlichkeitsaspekte zu berücksichtigen.

Die Leistungen und die Vergütungsniveaus sind im Krankenhaus bei den allgemeinen Krankenhausleistungen für gesetzlich und privat Versicherte identisch. Leistungs- und Vergütungsunterschiede beziehen sich ausschließlich auf die sogenannten **Wahlleistungen** im Krankenhaus. Bei den Wahlleistungen im Krankenhaus handelt es sich in der Praxis insbesondere um die ärztliche Wahlleistung „Chefarztbehandlung“ und um die komfortorientierte Wahlleistung „Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer“.

**(b) Mehrleistungen der PKV zu Lasten Dritter?**

Die Leistungen der PKV im Krankenhaus stellen mit den Wahlleistungen grundsätzlich eine Mehrleistung dar. Mehrleistungen, für die sich jedoch sowohl Versicherte in der substitutiven privaten Krankenvollversicherung als auch Versicherte aus der GKV frei entscheiden können. Und von dieser Möglichkeit der freien **Zuwahl** von Mehrleistungen, die die Unterbringung im **Zwei- oder Einbettzimmer** und eine **Chefarztbehandlung** im Krankenhaus beinhaltet, machen beide Gruppen Gebrauch. Von insgesamt 12,4 Mio.

*Von insgesamt 12,4 Mio. Wahlleistungsverträgen im Krankenhaus sind nahezu 42 % – 5,2 Mio. Verträge – von gesetzlich versicherten Personen als Krankenzusatzversicherungen abgeschlossen worden.*

Wahlleistungsverträgen im Krankenhaus, sind nahezu 42 Prozent – 5,2 Mio. Verträge – von gesetzlich versicherten Personen als Krankenzusatzversicherungen abgeschlossen worden. Schon von daher kann von einer Mehrleistung für in der PKV vollversicherte Privatpatienten zu Lasten

gesetzlich Versicherter („Zwei-Klassen-Medizin“) nicht gesprochen werden, zumal es auch keinerlei Kapazitätsengpässe im Krankenhaus gibt.

Zusatzversicherungen zum GKV Schutz		2007	2006	Veränderung absolut in Prozent	
<b>Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus</b>	Frauen	2.349.600	2.330.900	+ 18.700	+ 0,8
	Männer	1.594.600	1.584.200	+ 10.400	+ 0,7
	Kinder	1.223.400	1.181.400	+ 42.000	+ 3,6
	<b>insgesamt</b>	<b>5.167.600</b>	<b>5.096.500</b>	<b>+ 71.100</b>	<b>+ 1,4</b>

Quelle: PKV Rechenschaftsbericht 2007

Darauf deuten auch internationale Studien hin. Laut vergleichender Länderstudien (u.a. Beske et al. (2006)) zählt Deutschland zu den Staaten weltweit, in denen es in der stationären Versorgung nur **kurze Wartezeiten** gibt. Große Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Wahlleistung gibt es dabei nicht. So sind aktuelle Zahlen der Wissenschaftlichen Hochschule Lahr aus dem Jahr 2008 zu interpretieren. Daraus ist zu entnehmen, dass bei telefonischen Vereinbarungen von stationären Behandlungsterminen im Krankenhaus (Stenose; Knöchelbruch; Krebsverdacht) 75 Prozent der angerufenen Krankenhäuser kein Interesse am Versichertenstatus des Patienten bekunden.

Unterschiedliche Wartezeiten als Leistungsdifferenzierung zwischen Patienten mit und ohne Wahlleistungen ergeben sich in der Studie der Wissenschaftlichen Hochschule Lahr nur in 25 % der zur Vereinbarung eines Behandlungstermins angerufenen Krankenhäuser. Ergebnis: Im Durchschnitt müssen in diesen Kliniken Privatversicherte

8,97 Tage und gesetzlich Versicherte (ohne Wahlleistungen) 10,55 Tage warten. Schon vom Umfang her ist das nur ein geringer Unterschied, der darüber hinaus auch nichts mit „Zwei-Klassen-Medizin“ zu tun hat. Denn zur Konkurrenz, beispielsweise um eine Chefarztbehandlung, kommt es zwischen Patienten mit und ohne Wahlleistungen nicht. Schon theoretisch können die insgesamt rund 15 % der Versicherten mit wahlärztlichem Leistungsanspruch – 7,2 Millionen aus der PKV und 5,2 Millionen Zusatzversicherte aus der gesetzlichen Krankenversicherung – kein Verdrängungspotential für existentielle Behandlungsfälle darstellen. Dazu kommt, dass der Chefarzt berufs- und haftungsrechtlich zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung für alle Versicherten verpflichtet ist. Die These einer Konkurrenz von GKV- und PKV-Versicherten um die notwendige medizinische Versorgung abstrahiert somit von den ärztlichen Pflichten, so dass keine negativen, sondern eher positive externe Effekte vorliegen. Denn die Einnahmen aus den Wahlleistungen sind für die Krankenhäuser existenziell notwendig. Ein Teil wird zur Reduktion der Preise für allgemeine Krankenhausleistungen und ein weiterer Teil insbesondere für die Finanzierung von Investitionen benötigt, die allen – privat wie gesetzlich versicherten – Patienten zugute kommen.

### Zahnärztliche Versorgung

Eine medizinische Grundversorgung (auf einem jeweils vom Gesetzgeber zu definierenden Niveau) ist am weitesten im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz umgesetzt. GKV-Versicherte erhalten als ausreichende Grundversorgung sogenannte **befundorientierte Festzuschüsse**. Der Wunsch nach höherwertigem Zahnersatz muss gesondert bezahlt werden. Während Privatversicherten im Rahmen ihres Versicherungsschutzes in der Regel auch die Versorgung mit höherwertigem Zahnersatz zusteht, haben GKV-Versicherte die Möglichkeit, in der PKV einen umfassenden privaten Zusatzversicherungsschutz zu wählen. Genau dieses System der Grundversorgung mit privaten Zahnzusatzversicherungsverträgen kann derzeit als weitläufig akzeptiert angesehen werden, nicht zuletzt, weil sich auch GKV-Versicherte für Mehrleistungen im zahnärztlichen Bereich entscheiden können. Bis 2007 sind insgesamt 10,8 Mio. Zahnzusatzversicherungen von gesetzlich versicherten Personen abgeschlossen worden. Schon von daher kann von einer Mehrleistung für in der privaten Krankenversicherung vollversicherte Privatpatienten zu Lasten gesetzlich Versicherter („Zwei-Klassen-Medizin“) nicht gesprochen werden.

Zusatzversicherungen zum GKV Schutz		2007	2006	Veränderung absolut in Prozent	
<b>Zahntarife</b>	Frauen	4.938.400	4.149.800	+788.600	+19,0
	Männer	3.758.900	3.165.300	+593.600	+18,8
	Kinder	2.096.600	2.061.200	+35.400	+1,7
	<b>insgesamt</b>	<b>10.793.900</b>	<b>9.376.300</b>	<b>+1.417.600</b>	<b>+15,1</b>

Quelle: PKV Rechenschaftsbericht 2007

## 4. Schlussfolgerung und Fazit

Die Diskussion über die „Zwei-Klassen-Medizin“ vergegenwärtigt, dass die Menschen befürchten, heute und in Zukunft im Bedarfsfall nicht mehr mit den notwendigen, sondern bestenfalls noch mit den notwendigsten medizinischen Leistungen versorgt zu

*Der Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“ wird in Deutschland in der Regel grundlegend missverstanden.*

werden. Damit wird der **Begriff der „Zwei-Klassen-Medizin“** in Deutschland in der Regel grundlegend **missverstanden**. Denn bestehende und von den Menschen wahrgenommene Leistungsunterschiede in der Gesundheitsversorgung zu kritisieren, geht am Kern des Problems der „Zwei-Klassen-Medizin“ vorbei. Zwar sind Leistungs- und auch Qualitätsdifferenzierungen als Teil eines Markt- und Wettbewerbskonzepts im Gesundheitswesen aufgrund des besonderen Charakters des Gutes „Gesundheit“ nur begrenzt anwendbar. Aber solange ein Gesundheitssystem auf die effizienzschaffende Wirkung des Wettbewerbs nicht verzichten kann und zugleich das medizinisch Mögliche über das Finanzierbare hinauswächst, sind Leistungs- und Qualitätsdifferenzierungen insbesondere durch die vom Gesetzgeber zu definierende medizinische Grundversorgung systematisch angelegt.

*Es gilt die Frage zu beantworten, ob die obligatorische Grundversorgung auf einem gesellschaftlich befriedigenden Niveau liegt und die Prioritäten in der Pflichtversicherung richtig gesetzt sind.*

Gerade dieser Zusammenhang wird in Zukunft noch stärker gelten, weil sich die „**Schere**“ zwischen dem theoretisch und medizinisch Möglichen und dem tatsächlich **Bezahlbaren** immer weiter öffnet. Angesichts dieser Entwicklung werden in einer Pflichtversicherung letztendlich Prioritäten zu setzen sein. Dabei gilt es zum einen stets die Frage zu beantworten, ob die obligatorische und garantierte Grundversorgung auf einem gesellschaftlich befriedigenden Niveau liegt und die Prioritäten in der Pflichtversicherung

richtig gesetzt sind. Und zum anderen geht es darum, dass diejenigen Menschen, die für zusätzliche oder höherwertige medizinische Leistungen mehr Geld auszugeben bereit sind, daran nicht gehindert werden. Eine Grundversorgung lässt sich nämlich nur dann rechtfertigen und in einem freiheitlichen Staat „durchhalten“, wenn jederzeit die Möglichkeit besteht, mit eigenen finanziellen Mitteln auch über die Grundversorgung hinausgehende medizinische Leistungen zu erhalten.

Schlussfolgernd bleibt damit festzustellen, dass das Schlagwort der „Zwei-Klassen-Medizin“ **unbegründet** und **fälschlicherweise** die bestehenden Leistungsunterschiede in der Gesundheitsversorgung beanstandet. Das Problem der „Zwei-Klassen-Medizin“ tritt letztendlich erst dann tatsächlich auf, wenn die über die Grundversorgung hinausgehenden Leistungen einen wie auch immer gearteten negativen Einfluss auf die Grundversorgung haben – also zu Lasten Dritter gehen oder zur Verdrängung anderer führt. Das wäre beispielsweise genau dann der Fall, wenn gesetzlich Versicherte auf einen Arzttermin länger warten müssen, weil es Privatpatienten gibt. Genau dann erfährt die Grundversorgung Nachteile, weil es die anders geartete höherwertige medizinische Versorgung gibt. Ökonomisch lägen dann sogenannte negative externe Effekte vor.

*Das Schreckgespenst der „Zwei-Klassen-Medizin“ ist zwar öffentlichkeitswirksam, aber kaum begründbar.*

Genau diese Kausalität ist im deutschen Gesundheitswesen aber **nicht** nachzuweisen und auch **nicht** gegeben. Deshalb ist das **Schreckgespenst der „Zwei-Klassen-Medizin“** zwar **öffentlichkeitswirksam**, aber **kaum begründbar**. Bei fairer und objektiver Betrachtung gilt: Vermeintliche Benachteiligungen sind nicht dem Tatbestand, dass es auch Leistungsangebote außerhalb der Grundversorgung gibt, geschuldet. Sie sind damit nicht der PKV anzulasten, sondern immer dem Gesetzgeber. Wer das Leistungsniveau für gesetzlich Versicherte verbessern will, muss die Grundversorgung in der Sozialversicherung verbessern oder den Menschen die Möglichkeit des Zugangs zur höherwertigen Versorgung in der PKV bieten. Das Verbot der höherwertigen Versorgung kann das Problem weder lösen noch ist es in einer freiheitlichen Gesellschaft erfolgreich durchsetzbar.









Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln  
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax (0221) 99 87-39 50

Friedrichstraße 191 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89-0 · Telefax (030) 20 45 89-31

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [info@pkv.de](mailto:info@pkv.de)